

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N°123

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1921

PAR

POOT (Arthur-Emile-Alfred)

Né à Hémixem (Belgique), le 29 juillet 1872

Ex-assistant de chirurgie à l'hôpital ophtalmique départemental
Forbras (Rouen)

Ex-interne des hôpitaux du Havre

Mention honorable des épidémies (1907)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ GILIS, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

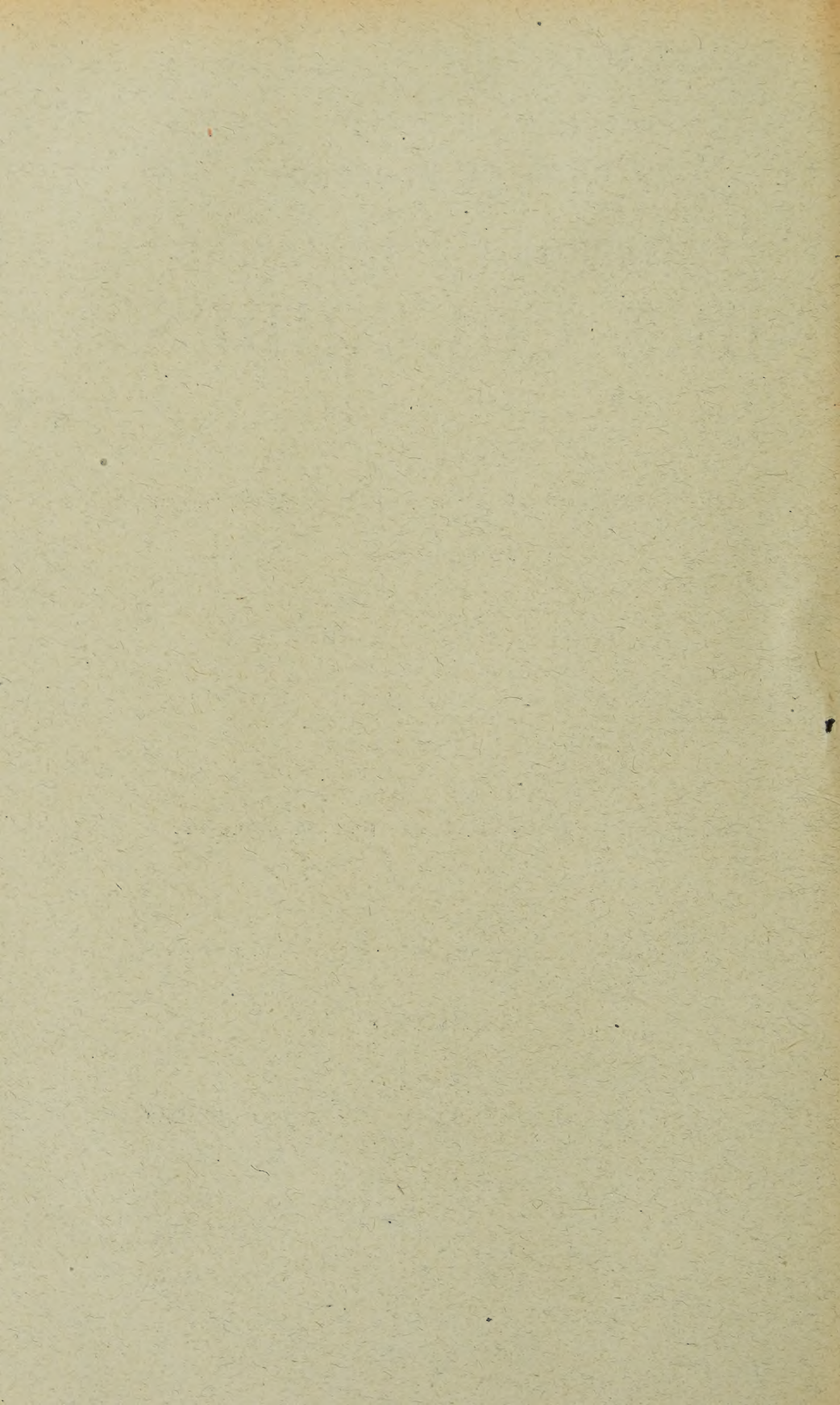
Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DES CHÉLOÏDES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°123

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1921

PAR

POOT (Arthur-Emile-Alfred)

Né à Hémixem (Belgique), le 29 juillet 1872

Ex-assistant de chirurgie à l'hôpital ophtalmique départemental
Forbras (Rouen)

Ex-interne des hôpitaux du Havre

Mention honorable des épidémies (1907)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ GILIS, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VINES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DU CAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.).
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie	DELMAS (J.).	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. GILIS, *profesr, président*.

ESTOR, *professeur*.

MM. RICHE, *agréé*.

ETIENNE, *agréé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; que lie n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

ENLEVÉE TROP TÔT A MON AFFECTION

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR GEORGES GAILLARD

(DE ROUEN)

A MON VIEUX CAMARADE ET AMI

ÉMILE JARDIN

PHARMACIEN AU NEUBOURG (EURE)

A MES AMIS

A. POOT.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. POOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A. POOT.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES

INTRODUCTION

On nomme *chéloïde* une tumeur de la peau, de couleur rouge, saillante et dure, à surface lisse et irrégulière, à bords plus ou moins abrupts, de forme variable, tantôt cylindrique, mais plus souvent ovale et allongée, envoyant des irradiations qui lui donnent plus ou moins vaguement l'aspect d'un crabe ou d'une écrevisse aux pattes étalées, d'où le nom qui lui a été donné ($\chi\eta\lambda\iota\delta\iota$, pince; $\epsilon\tilde{\iota}\delta\omicron\varsigma$, apparence).

La chéloïde siège le plus souvent à la poitrine, en avant du sternum, mais on la rencontre sur les autres parties du thorax, les épaules, le cou, la nuque et le visage, très rarement sur les membres.

Quelles sont les causes de cette tumeur ? Elle pousse surtout chez les sujets scrofuleux, les femmes, les adolescents et les adultes, rarement chez les enfants et les vieillards. C'est à peu près tout ce que nous savons.

Un certain volume une fois atteint, la chéloïde reste stationnaire et semble avoir peu de tendance à s'ulcérer spontanément ou à dégénérer en tumeur maligne. Néanmoins, le siège qu'elle a choisi, son degré de dévelop-

pement, quelquefois aussi les douleurs plus ou moins vives qu'elle provoque font que les malades qui en sont atteints demandent qu'on les en débarrasse. Quel est le traitement le plus efficace et le plus simple ?

Les traitements les plus divers ont été tour à tour essayés, puis abandonnés, sans que l'on soit arrivé à en trouver un qui donne toute satisfaction. Sans parler des procédés empiriques et des médicaments variés employés jadis, nous avons vu, dans les trente dernières années, surgir un certain nombre de méthodes d'apparence scientifique qui ne donnèrent que des résultats peu certains.

La méthode de scarifications de Vidal était encore, il y a quelques années, le traitement le plus en honneur.

On essaya ensuite l'électricité. Tour à tour l'électrolyse, l'électricité statique et la haute fréquence furent à l'ordre du jour.

Depuis 1900 on a commencé à avoir recours, avec quelque succès, à la radiothérapie.

Ayant assisté, dans la clinique du docteur Richard, chargé du service de radiothérapie des hôpitaux du Havre, au traitement de plusieurs cas de chéloïdes, il nous a paru intéressant, vu les résultats obtenus, de faire de cette question le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre travail comprendra deux parties : dans une première partie nous passerons très sommairement en revue les divers traitements employés jusqu'ici ; la seconde partie sera réservée au traitement des chéloïdes par la radiothérapie.

Avant d'aborder le fond de notre sujet, nous tenons tout d'abord à témoigner notre gratitude aux maîtres qui

nous ont instruit et guidé jusqu'au terme de nos études médicales.

Nous avons également des devoirs commandés par l'amitié et la reconnaissance.

Nous adressons un souvenir ému et douloureux à notre vieil ami le docteur Georges Gaillard qui a su, avec la générosité et le tact qui lui étaient habituels, nous permettre de surmonter quelques-unes des difficultés que la vie ne nous a pas ménagées.

Que notre ami Emile Jardin, pharmacien, reçoive ici l'assurance de notre vive affection et de notre reconnaissance pour les sages conseils qu'il nous a toujours prodigués, et pour le dévouement amical dont il nous a entouré.

Nous remercions du plus profond du cœur notre ancien camarade d'internat et ami le docteur Victor Le Giemble pour toutes les marques d'estime et d'amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Le docteur Léopold Le Nouène, chirurgien des hôpitaux du Havre, nous a fait bénéficier de son savoir et nous a donné des preuves constantes de sa vieille amitié. Notre affectueux dévouement lui est acquis.

Nous devons à l'amabilité de M. le docteur Richard les observations publiées au cours de ce travail. Qu'il reçoive ici nos vifs remerciements.

M. le professeur Gilis nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Il nous a, en toutes circonstances, guidé et encouragé, ne nous ménageant jamais ses conseils bienveillants et éclairés, pendant toute la durée de notre séjour à la Faculté de Montpellier. Nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

REVUE SOMMAIRE DES DIVERS TRAITEMENTS DE LA CHÉLOÏDE EMPLOYÉS JUSQU'À NOS JOURS

La chéloïde étant une affection rebelle, avec une tendance marquée à la récurrence, et ses causes étant peu ou point connues, un nombre incalculable de traitements ont été institués avec des résultats plus ou moins favorables.

Nous pouvons distinguer, dans ces traitements, quatre variétés :

- 1° Les traitements médicaux ;
- 2° Les traitements chirurgicaux ;
- 3° Les traitements par l'électricité ;
- 4° Les traitements par le radium.

1° Traitements médicaux

Longtemps on recommanda le traitement *antiscrofuleux* (huile de foie de morue, iode, bains de mer, etc.). L'iodure de potassium, qui fut essayé dans un si grand

nombre d'affections, devait évidemment être préconisé dans le traitement des chéloïdes, mais il faut bien dire que, s'il donna quelques succès, ce fut parce que les malades étaient atteints de syphilis acquise ou héréditaire. Encore aujourd'hui il mérite, comme tous les autres traitements antisypilitiques, d'être essayé lorsqu'il y a le moindre soupçon de cette diathèse.

Contre les douleurs, on combina de tout temps le traitement local avec le traitement interne. Les injections sous-cutanées de morphine, les pommades narcotiques, le stypage, les courants continus furent employés comme calmants, et le sulfate de quinine ou le salicylate de soude donnèrent des résultats, au point de vue douleur, quand le malade était paludéen ou rhumatisant.

Dans sa « Monographie des dermatoses » (Paris, 1832), en même temps qu'il nous donnait la première description de la chéloïde, Alibert nous faisait connaître le traitement qu'il conseillait contre cette affection. Celui-ci consistait en topiques variés : emplâtre d'opium, ciguë, pulpes fraîches de morelle, de jusquiame, de belladone, et ce traitement avait comme premier but l'atténuation des phénomènes douloureux dont la tumeur était le siège. Contre la tumeur elle-même Alibert déconseillait l'emploi des caustiques.

Les thèses de Delpech (1) et de Guyard (2) exposèrent les différents médicaments essayés localement contre les chéloïdes et le docteur Plicque (3), dans une revue publiée

(1) Delpech. — Contribution à l'étude de la chéloïde et de son traitement (Paris, 1881).

(2) Guyard. — Contribution à l'étude des chéloïdes (Paris, 1886).

(3) Plicque. — Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement (*Gaz. des Hôp.*, 16 octobre 1890).

dans la *Gazette des Hôpitaux*, résumait ainsi le traitement médical des chéloïdes :

« Le traitement purement médical de ces tumeurs peut avoir pour but, soit d'obtenir leur disparition complète, soit simplement de calmer les douleurs qu'elles produisent.

» Les faits de régression spontanée des chéloïdes peuvent, plus que pour toute autre tumeur, faire espérer la possibilité de la régression par les moyens thérapeutiques. Les moyens employés doivent être, à la fois locaux et généraux ; localement les préparations mercurielles : pommade au protoiodure, pommade mercurielle et en particulier les applications d'emplâtre de Vigo, imbriqué en bandelettes de façon à joindre la compression à l'action résolutive, ont donné des succès ; mais il faut les appliquer avec assiduité pendant de longs mois (Hardy). Les badigeonnages de teinture d'iode ou de glycérine iodée constituent un autre bon topique. Leur effet inflammatoire devra être surveillé : la teinture d'iode est souvent trop irritante ; la glycérine iodée, dans la formule d'Auspitz, ne renferme qu'un ou deux centièmes d'iode. On pourra graduellement augmenter cette proportion.

» Un grand nombre d'autres moyens ont été proposés. Cazénave a recommandé les douches sulfureuses, les pommades à l'iodure de potassium. M. Guérin, à la suite d'une application de papier chimique faite seulement dans le but de calmer les douleurs, fut assez heureux pour voir disparaître complètement une chéloïde de l'épaule datant de plusieurs années. Les émollients (bains simples à peine tièdes, larges cataplasmes de riz) auraient suffi pour améliorer beaucoup une chéloïde

de la cuisse, dans une observation souvent citée de Gintrac.

» Leur emploi dans les chéloïdes rouges, d'aspect inflammatoire, méritera parfois d'être essayé. Les caustiques, souvent mis en usage, ont toujours donné de mauvais résultats. Si profonde qu'ait été la destruction, la récidive a été la règle ; peu de cicatrices ont, en effet, autant de tendance que les cicatrices des caustiques à devenir chéloïdiennes.

» Le nitrate d'argent aurait cependant donné un succès à M. Letellier (1). Après diverses tentatives infructueuses de traitement sur une chéloïde de la partie inféro-externe de la jambe qui déterminait des démangeaisons insupportables, il réussit à la faire disparaître par le nitrate d'argent. Une pommade au sixième ne détermina qu'un peu de picotement et fit seulement grisonner la surface de la tumeur ; les solutions, même concentrées, furent impuissantes. Des attouchements répétés au crayon en vinrent seuls à bout. La guérison, après deux ans, ne s'était pas démentie.

» Le traitement général repose tout entier sur les indications diathésiques. »

M. P. Marie (2) proposa, comme mode de traitement médical de la chéloïde, des injections interstitielles d'huile créosotée à 20 o/o. Balzer et Mousseaux usèrent du même procédé.

Les lotions chaudes et alcoolisées, les pulvérisations avec l'eau de St-Christan, les solutions de sels de mercure (bichlorure, nitrate acide), les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque ont été tour à tour utilisées,

(1) Letellier. Bulletin de l'Acad. de médecine, 1836.

(2) Société médicale des Hôpitaux, 3 mars 1893.

de même que les applications d'emplâtre de Vigo (Sabouraud). On a employé également le soufre, mélangé à l'alcool camphré et à l'eau de rose glycérinée ou au naphтол β , ou bien à l'état de polysulfure de potassium : le savon noir en pommade, l'ichtyol à 10 o/o, la résorcine, le nitrate d'Ag, l'acide salicylique, l'acide chrysophanique, la thiosinamine, la fibrolysine.

Ces diverses substances ont été abandonnées et, à part quelques demi-résultats produits par certaines d'entre elles, elles n'ont donné que des déboires à ceux qui s'en sont servis.

La *neige carbonique* et les pulvérisations de *chlorure de méthyle* ont aussi été appliquées. Fezou, de Montpellier, dans sa thèse inaugurale, cite cinq observations prises dans le service de M. le professeur Vedel, où ce dernier mode de traitement a semblé donner quelques succès, sans toutefois atteindre une guérison absolue.

Comme on le voit, la confiance n'est pas grande dans tous ces essais, et il faut bien reconnaître qu'en dehors du traitement calmant et du traitement diathésique, la thérapeutique médicamenteuse employée contre la chéloïde est à peu près inefficace.

2^e Traitements chirurgicaux

Le traitement chirurgical des chéloïdes comprend deux procédés : d'une part l'*extirpation* de la tumeur, en une seule fois, par le bistouri ou le thermocautère ; d'autre part les opérations partielles et répétées faites dans le but d'amener la disparition progressive du tissu cicatriciel en le modifiant.

Avec les progrès de la chirurgie antiseptique et surtout aseptique, il devait paraître naturel de pratiquer

l'ablation, toujours sans gravité dans ces tumeurs chéloïdiennes, et ce traitement serait probablement resté la méthode de choix, si les opérateurs n'avaient rapidement constaté, hélas ! qu'à la suite de l'extirpation au bistouri ou au thermocautère les cicatrices se reproduisaient.

Cependant quelques opérations faites largement ont donné des guérisons définitives. Nous en trouvons plusieurs observations dans la thèse de Delpech, qui recommande plus particulièrement de faire de la compression sur la plaie, pendant la cicatrisation, afin de combattre la tendance à la récurrence. M. le professeur Forgue fit une extirpation large, qui fut suivie de guérison, sur une jeune fille qui présentait une chéloïde de la région sternale.

A part toutefois quelques résultats très heureux, force est bien d'avouer que l'extirpation des chéloïdes ne donne pas des résultats brillants. La tumeur a une tendance opiniâtre à se reproduire, et, contrairement à l'opinion de Guyard, il y a tout lieu de croire que cette tendance à la récurrence ne vient pas uniquement de ce que la tumeur n'a pas été assez largement extirpée. Les chéloïdes ont une tendance à se reproduire qui tient de leur nature même, et c'est là un caractère si essentiel qu'il faudrait le spécifier dans une définition exacte de la chéloïde.

A côté du traitement chirurgical par l'extirpation, il convient de donner une place au traitement chirurgical par la *scarification*, et c'est surtout Vidal qui a préconisé ce mode de traitement (1881). On fait des scarifications linéaires, suivies d'un pansement humide avec un antiseptique faible ; le lendemain, on applique un emplâtre de Vigo à renouveler deux fois par jour. Cette méthode

a donné quelques bons résultats, mais son application est très longue et très douloureuse.

Les *galvano-cautérisations* sont destinées à ouvrir les pustules sur lesquelles on applique ensuite des pomma-
des, des pâtes ou des lotions.

3° Traitements par l'électricité

C'est un médecin américain, le docteur Hardaway, de Saint-Louis (Etats-Unis), qui, le premier, essaya le traitement des chéloïdes par l'*électrolyse*.

Brocq, en France, vulgarisa cette méthode, en publiant dans la « *Thérapeutique contemporaine* » (1887) le résultat de ses observations, et en décrivit le manuel opératoire.

On peut se servir de ce mode de traitement comme adjuvant, car les résultats qu'il donne, quand il est employé seul, sont assez heureux.

Les courants continus ont également apporté leur concours au traitement des chéloïdes. Leduc (de Nantes) a traité, par l'*ionisation*, ces tumeurs et les cicatrices vicieuses, et a obtenu quelques améliorations.

L'*électricité statique* a été employée, en dermatologie, principalement sous forme d'effluves, de bains électriques, de douches ou de frictions, et spécialement contre les affections prurigineuses de la peau et les prurits dits essentiels.

En 1761, le docteur Marat, le Conventionnel, alors électrothérapeute du comte d'Artois, proposa, dans un mémoire sur l'électricité médicale, d'utiliser l'électricité statique pour le traitement des tumeurs. Mais c'est en

1897 que le professeur Derville (de Lille) (1) employa, le premier, les étincelles électriques comme modificateur des tissus dans les chéloïdes. « Ce sont, dit-il, très probablement des modifications vasculaires qui provoquent, dans la profondeur du tissu chéloïdien, le travail de régression auquel nous devons les résultats que nous avons publiés dans nos observations ; mais la nature et l'étiologie de ce genre de tumeurs ne sont pas encore suffisamment connues pour qu'il soit possible d'être affirmatif sur ce point. »

Malgré cet optimisme, il faut bien reconnaître que rares sont les chéloïdes qui disparaissent d'une façon définitive par l'électricité statique. Dans les observations de Derville nous trouvons d'ailleurs un cas où le malade atteint de chéloïde était syphilitique et auquel le traitement interne au sirop de Gibert fut appliqué en même temps que l'action locale par les étincelles électriques : on peut se demander quel est celui des deux traitements qui a agi d'une façon efficace. Le docteur Richard nous a dit avoir essayé bien des fois le traitement par l'électricité statique et ne pouvoir le recommander que dans les cas de chéloïdes de petit volume.

La *haute fréquence* s'emploie dans les deux formes suivantes : petites étincelles avec l'électrode Oudin, ou sous la forme d'applications directes.

Ce procédé s'emploie pour les chéloïdes de petites dimensions : on doit produire la destruction suffisante de la chéloïde, et puis attendre la cicatrisation. Si l'application n'a pas été suffisante, on refait d'autres applications jusqu'à guérison.

(1) Derville. — Traitement des chéloïdes (Thèse de Beine, Paris, 1899).

Berthon (1), Bissérieu et Chabrya ont relaté que ces courants améliorent les chéloïdes, mais le traitement est excessivement long.

On pourrait peut-être combiner cette méthode avec celle de la radiothérapie.

La méthode Finsen, la *photothérapie*, a été naturellement essayée comme traitement des chéloïdes. On l'a employée d'après le procédé de Leredde et Pautrier pour le lupus vulgaire. Les résultats n'ont pas dû répondre à l'effet attendu, car on trouve seulement une observation d'acné chéloïdienne traitée de cette façon.

4^e Traitement par le radium

Les premières applications de radium sur les chéloïdes ont été faites en France par Degrais et Wickham (2). Octave Claude (3) a également employé ce procédé. Belot, Marsatti et Wetterer s'en sont servis pour traiter des cas d'acné chéloïdienne de la nuque.

Les applications de tubes de radium sur les chéloïdes déterminent une destruction complète des tissus. L'inflammation produite se répare, paraît-il, très vite et n'exerce aucune action excitante tendant à déterminer des récidives.

Ce mode de traitement est peut-être le seul qui, jusqu'à présent, atteigne la perfection ; mais sa durée fort longue, la rareté et par conséquent la cherté du produit le laissent en dehors de la pratique courante.

(1) Berthon. — Thèse méd. Paris, 1902-3, n° 455.

(2) Wickham et Degrais. — Traité de radiumthérapie, 1909.
— — — La Clinique, 1910.

(3) Claude (Octave). — Archives générales de médecine, 1909.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES CHÉLOÏDES PAR LA RADIOTHÉRAPIE

L'action nettement résolutive qu'exercent les rayons X sur les productions conjonctives néoformées les a fait appliquer au traitement des chéloïdes.

En 1902, Herschell-Harris attira le premier l'attention du monde médical sur l'action des rayons sur les cicatrices hypertrophiques consécutives aux interventions chirurgicales.

Barney et Fox (1904) publient les guérisons qu'ils ont obtenues par la radiothérapie.

Bissérieu, en 1904 également, et Moseley en 1905 font paraître les bons résultats de cette méthode.

Belot (Traité de radiothérapie) rapporte quatre observations dans le même sens.

Delherm et Laquerrière ont eu quelques succès.

Fleig (1906), Belot et Huret (1908) emploient cette méthode et obtiennent des guérisons.

Gastou a présenté au Congrès de physiothérapie un rapport sur cette question, où il précise la technique du traitement.

Brock et Gaucher préconisent aujourd'hui cette méthode et l'appliquent dans leurs services.

Gouin, dans sa thèse inaugurale, décrit 11 observations d'acné chéloïdienne, toutes traitées par les rayons X, dans le service du professeur Brock, à l'hôpital Saint-Louis (Paris), dont une après excision de la tumeur. Tous les résultats firent honneur à la méthode.

Avant de soumettre la chéloïde à l'action des rayons X, on doit d'abord approprier celle-ci par des soins de nettoyage et d'hygiène : s'il existe des croûtes on les enlève, on vide les pustules du pus qu'elles peuvent contenir, après quoi on applique des compresses humides antiseptiques faibles, puis on procède à l'épilation de la partie malade, pour que les lésions soient directement soumises à l'action des rayons.

Quand les tumeurs chéloïdiennes atteignent un gros volume, ou dans les cas tout à fait rebelles, on peut, tout d'abord, se livrer à l'extirpation avant d'instituer la radiothérapie. On a remarqué d'ailleurs qu'en agissant ainsi les résultats sont plus rapides et plus satisfaisants. Nous citons dans ce travail un cas (Obs. X) qui se rapproche de ceux dont nous parlons, et que nous pouvons enregistrer comme un véritable succès.

Après avoir pris connaissance de tous les résultats heureux publiés par différents auteurs, et en constatant les effets de ce traitement sur les malades traités par la docteur Richard, nous croyons vraiment que la radiothérapie est le traitement de choix. Les observations qui suivent sont toutes d'ailleurs en faveur de ce traitement.

Dans les observations que nous a communiquées le docteur Richard nous pouvons distinguer les quatre cas suivants :

1° Cas où la chéloïde est constituée, récente ou ancienne (cinq observations) ;

2° Cas où la chéloïde est en voie de formation (deux observations) ;

3° Le traitement peut être préventif et fait après une opération chirurgicale, lorsque, en examinant le malade ou le blessé, on a découvert chez lui des cicatrices anciennes présentant un aspect chéloïdien (deux observations) ;

4° La radiothérapie peut compléter l'exérèse partielle ou totale de la chéloïde, même lorsque cette exérèse a été suivie d'une autoplastie (une observation).

1° Cas où la chéloïde est constituée, récente ou ancienne

OBSERVATION I

(Docteur Richard. — Inédite)

G. T., opéré d'abcès ganglionnaire de la région cervicale, côté gauche, présente, au niveau du foyer opératoire, une cicatrice chéloïdienne de 5 centimètres de longueur, 4 millimètres de hauteur à la partie moyenne, sur 3 millimètres de largeur.

Application de trois séances de rayons X, 4 H chacune, application se faisant après un mois d'intervalle.

Disparition presque complète de la chéloïde qui se révèle par une simple ligne cicatricielle très peu épaisse, sans adhérence avec les tissus sous-jacents.

OBSERVATION II

(Docteur Richard. — Inédite)

M^{lle} B..., adénites cervicales anciennes, non opérées ; cicatrices étoilées nombreuses, adhérentes au tissu sous-cutané, ayant subi pour la plupart la transformation chéloïdienne.

Première application de rayons X, sur l'ensemble du tissu cicatriciel, de 4 H.

Un mois après, les cicatrices sont devenues plus souples, la peau plus élastique. Restent encore quelques chéloïdes qu'il faut traiter séparément, en les isolant du tissu environnant.

Après deux séances, disparition complète des chéloïdes, peau souple et sans adhérence.

OBSERVATION III

(Docteur Richard. — Inédite)

M. C..., anthrax de la nuque. Incision cruciale qui, après guérison, a donné lieu à une chéloïde présentant la même forme que les lignes d'incision.

Le centre de la chéloïde présente une élévation de 16 millimètres environ, une largeur à sa base de plus d'un centimètre ; le tissu chéloïdien va en s'amincissant vers les extrémités de la croix ; adhérence avec le tissu sous-jacent.

Après cinq applications de 5 H chacune, le tissu chéloïdien s'est affaissé et, à la partie centrale, ne présente plus qu'un épaissement d'un millimètre d'épaisseur, avec une adhérence minime au tissu sous-jacent.

OBSERVATION IV

(Docteur Richard. — Inédite)

M. Z..., trois chéloïdes survenues à la suite de vaccination forme irrégulière du tissu chéloïdien surélevé de 5 à 6 millimètres dans sa plus grande largeur. Les trois chéloïdes ont le même aspect et la même forme.

Application, sur chacune, de cinq séances de radiothérapie, 4 H, à trois semaines d'intervalle.

Après quatre mois, les chéloïdes ont disparu, présentant une petite nappe souple, d'un millimètre d'épaisseur, et glissant facilement sur les tissus sous-jacents.

OBSERVATION V

(Docteur Richard. — Inédite)

M^{me} X..., curettage de l'aisselle pour abcès ganglionnaire suppuré (ganglion du bord antérieur de l'aisselle).

Cicatrice de forme chéloïdienne de 12 centimètres de longueur environ, d'un centimètre dans sa plus grande largeur, de 7 millimètres de hauteur, dure, épaisse, avec adhérence avec les tissus environnants bridant au moment de l'élévation du bras qui ne s'élève qu'à l'horizontale.

Traitement radiothérapeutique de 8 séances de 3 H chacune.

Résultat excellent. Les adhérences ont presque disparu, le tissu chéloïdien est devenu souple en s'affaissant, et ne présente plus, par place, que quelques îlots peu indurés et de faible épaisseur. Le bras a pu reprendre presque l'amplitude de ses mouvements verticaux.

2° Cas où la chéloïde est en voie de formation

OBSERVATION VI

M^{lle} C...., opérée pour ostéite du maxillaire inférieur d'origine dentaire qui, trois semaines après l'opération, présente une cicatrice à aspect chéloïdien, avec adhérence avec les tissus sous-jacents. La chéloïde a 2 centimètres de longueur, 2 millimètres de largeur et 2 millimètres de hauteur.

Trois applications de rayons X, 3 H chacune, ont amené la disparition du tissu chéloïdien. La cicatrice est devenue souple et linéaire ; il ne subsiste qu'une adhérence avec le maxillaire.

OBSERVATION VII

M^{lle} B...., présente, après une chute, une plaie contuse du front qui, après cicatrisation, a donné naissance à une chéloïde étoilée.

Nombre de séances : 3, à quinze jours d'intervalle, 3 H à chaque séance.

Traitée six semaines après l'accident, cette chéloïde, légère comme forme et comme hauteur, a disparu, laissant après elle un tissu cicatriciel souple et une très légère adhérence avec le frontal.

3° Cas où le traitement peut être préventif

OBSERVATION VIII

(Docteur Richard. — Inédite)

M. J..., à la suite d'intervention chirurgicale nécessitée par un œdème malin (piqûre charbonneuse), présente une cicatrice située sous l'angle droit du maxillaire inférieur, longue de 8 centimètres environ, suivant le bord du maxillaire, adhérence avec les tissus sous-jacents.

Deux séances de rayons X, 4 H chacune, à 15 jours d'intervalle.

Résultat : cicatrice linéaire simple, avec très légère adhérence avec les tissus sous-jacents, ne présentant nullement l'aspect chéloïdien.

OBSERVATION IX

(Docteur Richard. — Inédite)

M. S..., présentant déjà quelques chéloïdes légères à la face, est atteint d'une plaie contuse mentonnière, à la suite d'une chute. Son médecin, craignant une chéloïde, la cicatrisation à peine constituée, me l'adresse pour être soumis aux rayons X.

Une séance de 3 H est faite. Un mois après, une deuxième séance de 3 H également.

Après deux mois, la cicatrice est souple, sans adhérence, et ne présente nullement l'aspect chéloïdien.

Le malade, revu deux mois après, est parfaitement guéri : cicatrice très légère et en parfait état.

4° Cas où il y a eu exérèse de chéloïdes et autoplastie

OBSERVATION X

(Docteur Richard. — Inédite)

Suzanne P..., 24 ans, a eu, dans sa première enfance, un abcès volumineux de la joue droite qui lui a laissé une cicatrice chéloïdienne adhérente à la muqueuse.

En 1920, elle fut soignée par le docteur Dufourmentel (Paris) qui pratiqua une greffe grasseuse suivie de tatouages. De ce fait la dépression de la cicatrice disparut, mais il restait des nodules chéloïdiens.

Ceux-ci furent soignés par le docteur Richard, et 12 applications de rayons X rendirent à la peau une souplesse très appréciable, les nodules ayant à peu près disparu.

Il est incontestable que les chéloïdes subissent, sous l'action des rayons X, une amélioration dont aucun traitement n'est capable, et la guérison complète, après un certain nombre d'irradiations, est très fréquente. C'est pourquoi, de jour en jour, s'accroît le nombre de ceux qui adoptent ce mode de traitement.

Les observations inédites que nous publions ci-dessus sont toutes en faveur de cette méthode. Pour nous c'est le traitement de choix. Jusqu'ici, seule l'électrolyse avait pu donner des résultats satisfaisants, mais il est de toute évidence que la radiothérapie lui est préférable. Ce traitement n'est pas douloureux comme la galvanisation ou la haute fréquence et il supprime les ensemencements

des opérations chirurgicales et les exérèses qui quelquefois sont incomplètes.

Toutefois, lorsque les tumeurs ont un volume très important, l'extirpation semble trouver une indication pour éviter la longueur du traitement. Nous pensons, avec le docteur Richard, que, dans ces cas, les rayons X appliqués après l'opération peuvent, pour ainsi dire, la compléter, surtout depuis que la radiothérapie nous donne l'espoir que les chéloïdes ainsi traitées après ablation ne se reproduiront plus.

CONCLUSIONS

I. — L'extirpation, les scarifications, l'électrolyse, les courants de haute fréquence ont donné des résultats au cas de chéloïde; tant au point de vue de la sédation des douleurs qu'au point de vue de la régression des tumeurs elles-mêmes.

II. — La radiothérapie semble bien donner des résultats supérieurs à ceux des méthodes précédentes.

III. — La radiothérapie paraît devoir être employée avec profit, avant ou après l'extirpation des chéloïdes, lorsque l'intervention chirurgicale paraît indispensable à cause de l'importance de la néoformation.

BIBLIOGRAPHIE

- BALZER et MOUSSEAU. — Annales de dermat. et de syphil. (Paris, 1898).
- BELOT et HARET. — Deux cas d'acné chéloïdienne guéris par la radiothérapie (Archives de dermat., juin 1906).
- BELOT. — Traité de radiothérapie (Paris, 1909).
— Archives d'électricité méd., n° 291.
— Soc. de radiol. méd., Paris, 1910.
- BELOT et GOUIN. — Archives d'électricité médicale, 1911.
- BERTHON (Roger). — Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes par l'électricité (Th. méd. Paris, 1902-1903, n° 455).
- BEURMANN (DE), NOIRÉ et GOUGEROT. — Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie (Bull. de Soc. franç. de dermat. et de syphil., Paris 1906, XVII, 414-416).
- BROCC. — Traité de dermatologie, 1901, t. I.
- CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine.
- CLAUDE (Octave). — Traitement des chéloïdes par le radium (Arch. gén. de médecine, 1909).
- DARIER. — Précis de dermatologie, 1909.
- DUBREUILH. — Précis de dermatologie, 1909.
- FEZOU (Maurice). — Th. méd. Montpellier, 1915-1916, n° 23.
- FLEIG. — La radiothérapie en dermatologie (Th. méd. Paris, 1906).
- GASTON. — Congrès de physiothérapie. Paris, avril 1909.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau, 1909.

HÉBRA et LAQUERRIÈRE. — Bull. officiel d'électrothérapie et de radiologie, mars 1906 et juin 1910.

LÉVY (G.-H.). — Th. méd. Paris, 1914, n° 386.

WICKHAM et DÉGRAIS. — Traité de radiumthérapie, 1909.

— La Clinique, 1910.

Nous nous sommes borné, dans cette énumération, à citer les travaux ayant directement trait au fond même de notre sujet. Cette bibliographie restreinte pourra être complétée par les bibliographies contenues dans les quatre ouvrages suivants :

BERTHON (Roger). — Th. méd. Paris, 1903, n° 455.

FLEIG. — Th. méd. Paris, 1906.

LÉVY (G.-H.). — Th. méd. Paris, 1914, n° 386.

FEZOU (Maurice). — Th. méd. Montpellier, 1915-1916, n° 23.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution au traitement des
chéloïdes,

par M. Arthur Poot.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 juillet 1921.

Le Professeur,
GILIS.

Vu :

Montpellier, le 5 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 5 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

